



Rheumatische Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen

Unter dem Begriff Rheuma wird eine Vielzahl verschiedener Krankheitsbilder zusammengefasst. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Rheuma als Erkrankung der Bewegungsorgane, welche fast immer mit Schmerz und häufig mit Bewegungseinschränkungen verbunden ist. Der rheumatische Formenkreis besteht aus vier Hauptgruppen:

- den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen
- den degenerativen Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen (Arthrosen)
- den weichteilrheumatischen Erkrankungen und
- den Stoffwechselerkrankungen mit rheumatischen Beschwerden.

Die Gruppe der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wird im engeren Sinne als Rheuma bezeichnet. Die häufigste Diagnose dieser Gruppe, die chronische Polyarthrit (Rheumatoide Arthritis) steht in diesem Beitrag im Vordergrund, da sie den größten Teil der Erkrankungen umfasst und ihre Diagnose nach klar festgelegten Leitlinien erfolgt.

Die Prävalenz der rheumatoiden Arthritis wird in der Literatur mit etwa 0,5 bis 1,0 % angegeben, wobei Frauen mit 1,2 % häufiger betroffen sind als Männer mit 0,4 %. Rheumatoide Arthritis ist eine entzündliche Systemerkrankung, die den gesamten Körper betrifft. Die ersten Krankheitssymptome sind schmerzende, anschwellende und überwärmte Gelenke, vorwiegend an den Finger- und Zehengelenken. Typisch ist die Morgensteife, die sich nach dem Aufwachen mit Schmerzen und einer eingeschränkten Beweglichkeit bei den Erkrankten bemerkbar macht.

Tritt die Erkrankung in jungen Jahren auf, spricht man von juveniler Arthritis. Für NRW werden jährlich 3.000 an juveniler Arthritis erkrankte Kinder erwartet [1].

Im Folgenden wird die chronische Polyarthrit unterteilt in seropositive chronische Polyarthrit und sonstige chronische Polyarthrit (in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 M05 bzw. M06). Entzündliches Gelenkrheuma im Kindesalter wird in der ICD-10 als juvenile Arthritis (M08) gekennzeichnet.

Um ein möglichst umfassendes Bild der rheumatoiden Arthritis in NRW darzustellen, werden in diesem Bericht Daten aus verschiedenen Quellen benutzt, die jeweils nur Teile des Auftretens der Krankheit beschreiben. Durch die Statistik der ambulanten Behandlungen werden die realen Fallzahlen eher überschätzt, da sich einige Diagnosen im Verlauf der Behandlung ändern, während Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationsmaßnahmen nur für schwere Fälle in Betracht kommen.

► **Ambulante Behandlung in Westfalen-Lippe**

Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe zeigen die ambulante Behandlungshäufigkeit für rheumatoide sowie juvenile Arthritis in Westfalen-Lippe. Erfasst sind alle gesetzlich krankenversicherten Patienten. 2005 wurden 100.978 Patienten aufgrund rheumatoider und juveniler Arthritis in Westfalen-Lippe ambulant behandelt. Frauen sind mit 1,7 % mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer mit 0,7 %. Die in der Literatur angenommenen Prävalenzen von 1,2 % bzw. 0,4 % werden damit deutlich überschritten.

Zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr ist ein steiler Anstieg zu beobachten (Abb. 1). Die höchsten ambulanten Behandlungsraten treten bei Frauen mit fast 4 % der jeweiligen Altersgruppe und bei Männern mit 1,9 % der jeweiligen Altersgruppe zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr auf. Ab dem 80. Lebensjahr sinkt die Behandlungsrate.

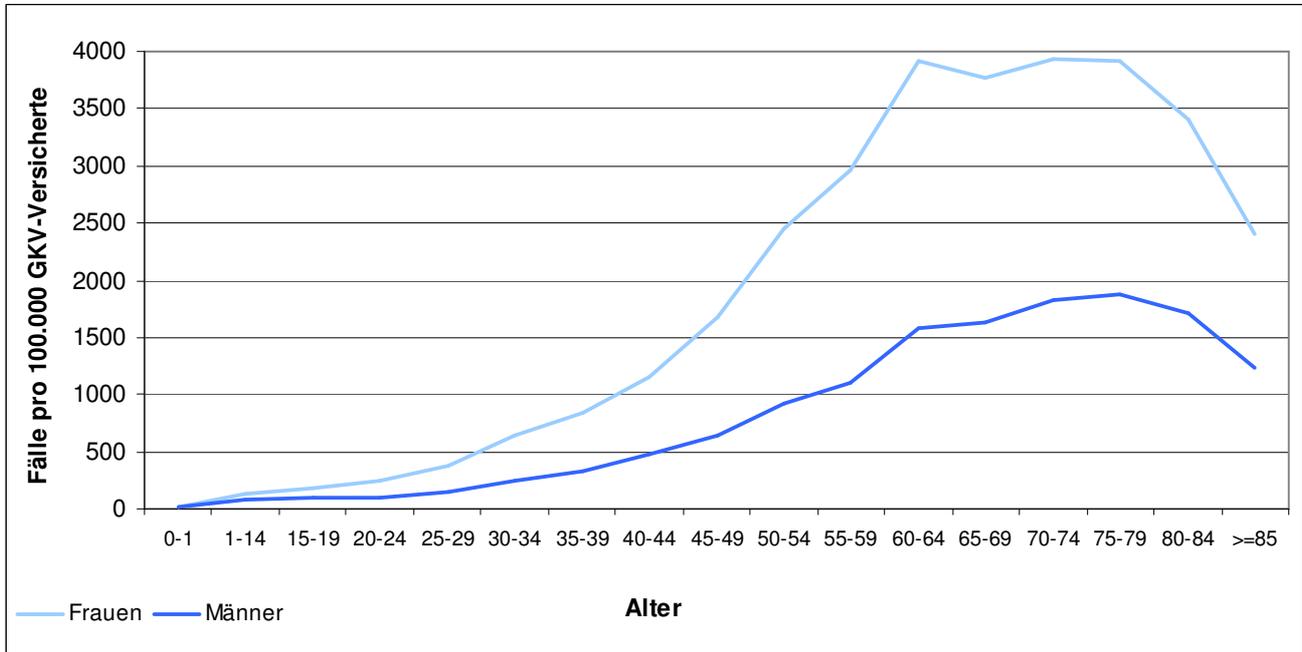


Abb. 1: Ambulante Behandlung von Patienten aufgrund rheumatoider und juveniler Arthritis (ICD-10: M05, M06, M08) der jeweiligen Altersgruppe nach Geschlecht, Westfalen- Lippe 2005 (Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

► **Krankenhausfälle aufgrund rheumatischer Erkrankungen**

Deutlich geringere Fallzahlen als die der ambulanten Behandlung sind bei den Krankenhauseinweisungen zu beobachten. 2005 gab es insgesamt 9.239 Einweisungen aufgrund rheumatoider und juveniler Arthritis (2.486 Männer und 6.753 Frauen). Auch hier sind Frauen häufiger betroffen als Männer, der Unterschied ist allerdings geringer als in der ambulanten Versorgung. Im Zeitraum von 1994 bis 2005 sind Krankenhauseinweisungen wegen chronischer Polyarthritits etwas seltener geworden. Der scharfe Knick zwischen 1999 und 2000 ist allerdings wahrscheinlich auf geänderte Diagnosezuordnung beim Wechsel von der ICD-9 auf die ICD-10 zurück zu führen (Abb. 2). Der leichte gleichmäßige Rückgang über den gesamten Zeitraum zeigt vermutlich eine bessere ambulante Versorgung. Eine Verringerung der Prävalenz ist vor dem Hintergrund der hohen ambulanten Fallzahlen nicht wahrscheinlich.

Während die Zahl der Krankenhauseinweisungen insgesamt aufgrund rheumatoider Arthritis über die Jahre 1994 bis 2005 leicht abnimmt, steigt die Behandlungshäufigkeit der juvenilen Arthritis im Krankenhaus leicht an (Abb. 3).

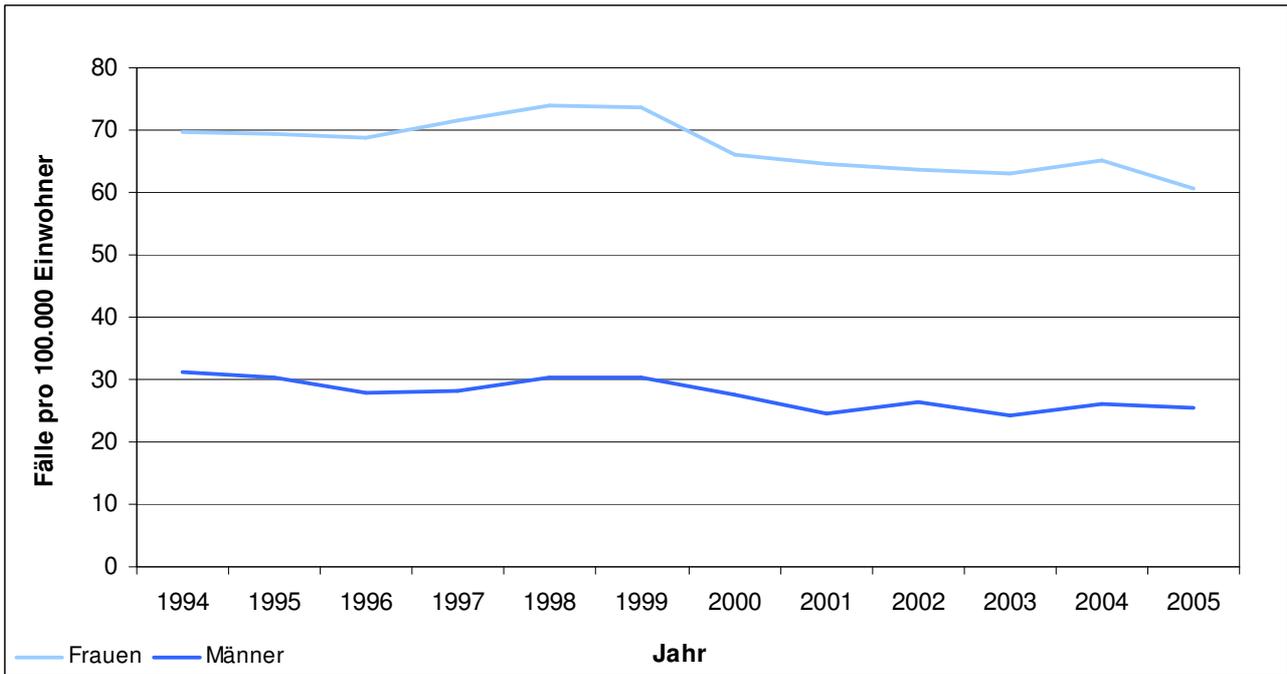


Abb. 2: Krankenhausfälle aufgrund rheumatoider und juveniler Arthritis nach Geschlecht im Trendverlauf 1994 - 2005, NRW (ICD-9: 714, ICD-10: M05, M06, M08)
(Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Krankenhausdiagnosestatistik)

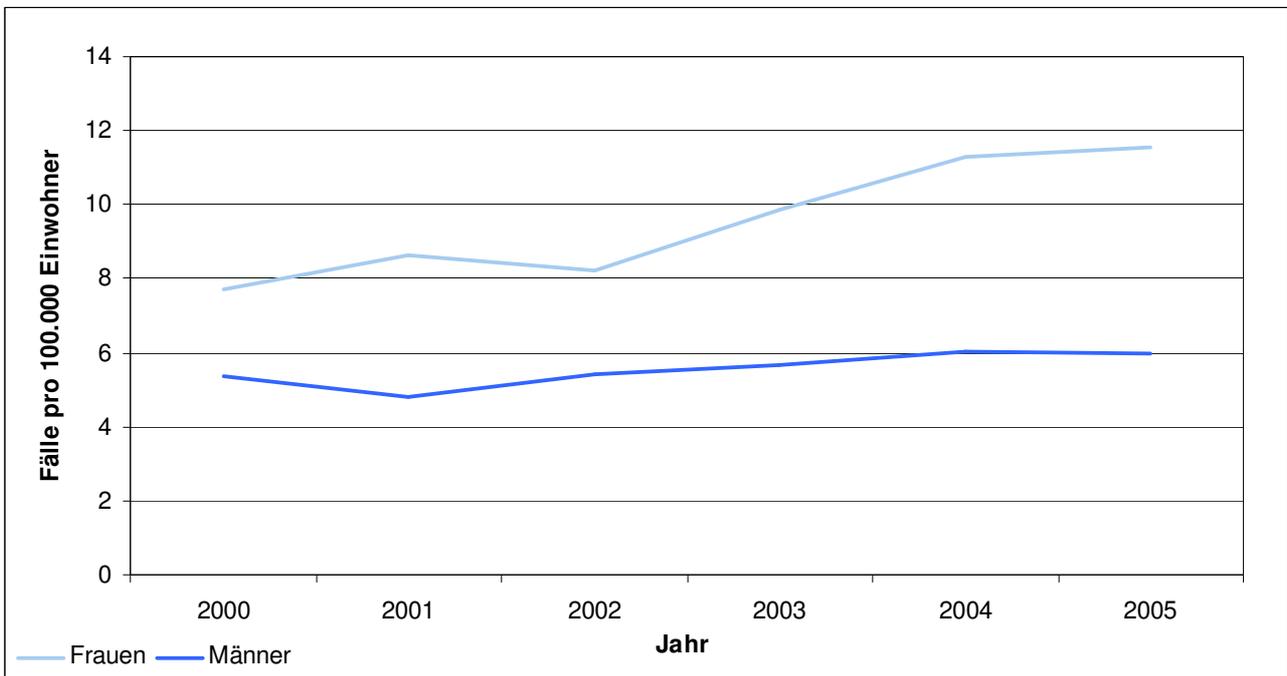


Abb. 3: Krankenhausfälle aufgrund juveniler Arthritis (ICD-10: M08) nach Geschlecht im Trendverlauf 2000 - 2005, NRW
(Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Krankenhausdiagnosestatistik)

Abbildung 4 zeigt die regionale Verteilung der Krankenhauseinweisungen aufgrund rheumatoider und juveniler Arthritis. Die Anzahl der Krankenhausfälle im gesamten Bezirk Köln (22,7 pro 100.000) ist auffallend niedrig. Dies war auch in den vergangenen Jahren zu beobachten, der Grund dafür ist unbekannt. Im Bezirk Arnsberg ist die Rate mit 60,6 Einweisungen pro 100.000 Einwohner etwa dreimal so hoch wie im Bezirk Köln. Im Ruhrgebiet wurden relativ viele Patienten wegen chronischer Polyarthritits ins Krankenhaus eingewiesen (Herne 91,4, Enneppe-Ruhr-Kreis 84,4 und Gelsenkirchen 75,3 pro 100.000).

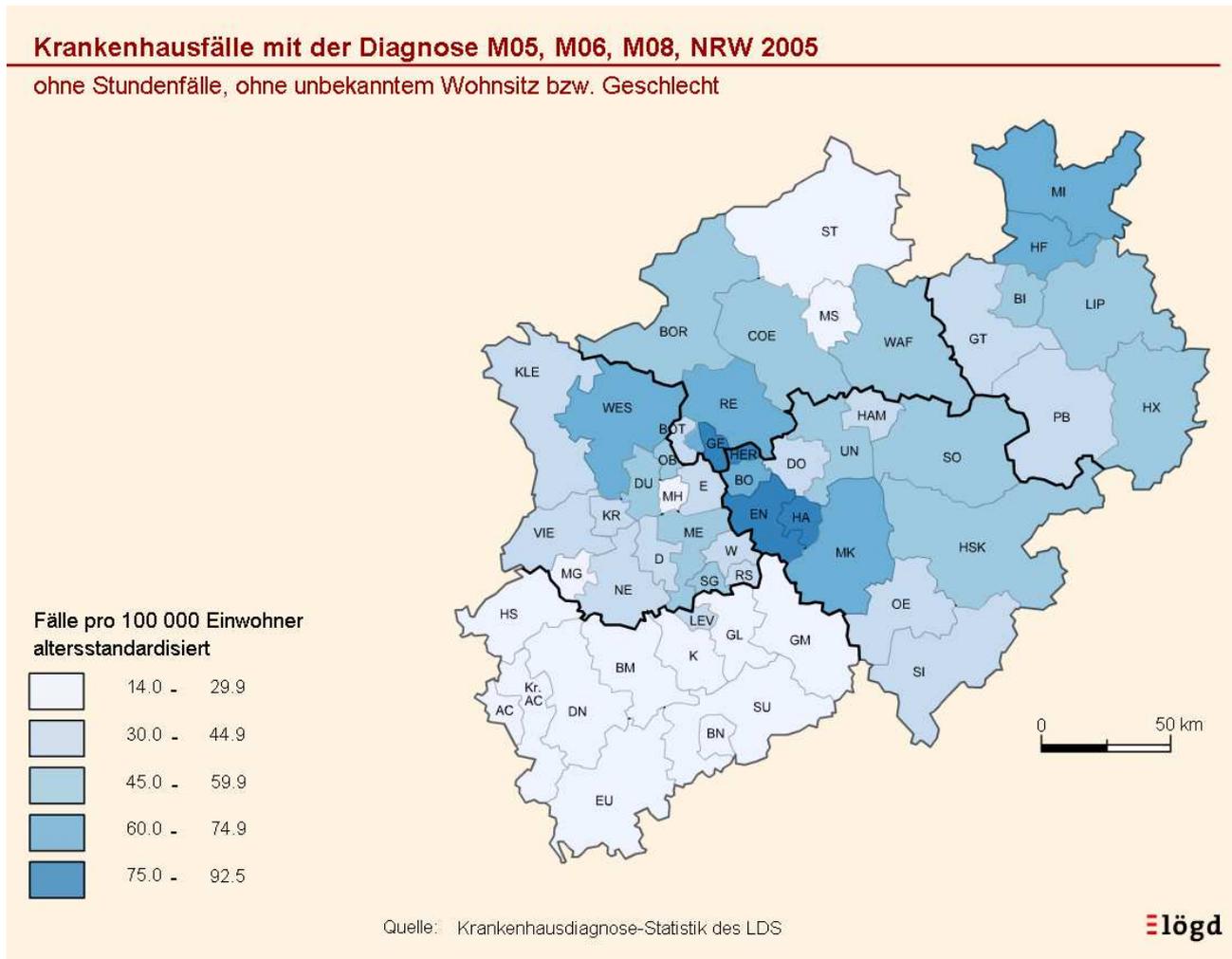


Abb. 4: Krankenhäusfälle aufgrund rheumatoider und juveniler Arthritis (ICD-10: M05, M06, M08) nach Kreisen, NRW, 2005
(Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Krankenhausdiagnosestatistik)

► **Funktionseinschränkungen**

In rheumatologischen Schwerpunkteinrichtungen erfolgt eine spezialisierte Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. Zur Beurteilung des Schweregrads werden dort Fragebögen zum Funktionsstatus eingesetzt (Funktionsfragebogen Hannover (Fbbh)). Sie lassen erkennen, welchen Anteil an Alltagsstätigkeiten ein Patient noch ausführen kann.

2003 wurden 2.939 Patienten, davon 2.228 Frauen und 711 Männer, in rheumatologischen Schwerpunkt-Einrichtungen in NRW behandelt. Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit von Funktionseinschränkungen zu (Abb. 5).

In der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen war 2003 etwa die Hälfte der von rheumatoider Arthritis betroffenen und in rheumatologischen Schwerpunktpraxen behandelten Patienten in ihren Alltagsaktivitäten stark eingeschränkt, ab dem 80. Lebensjahr steigt der Anteil der Patienten mit starken Einschränkungen auf über drei Viertel.

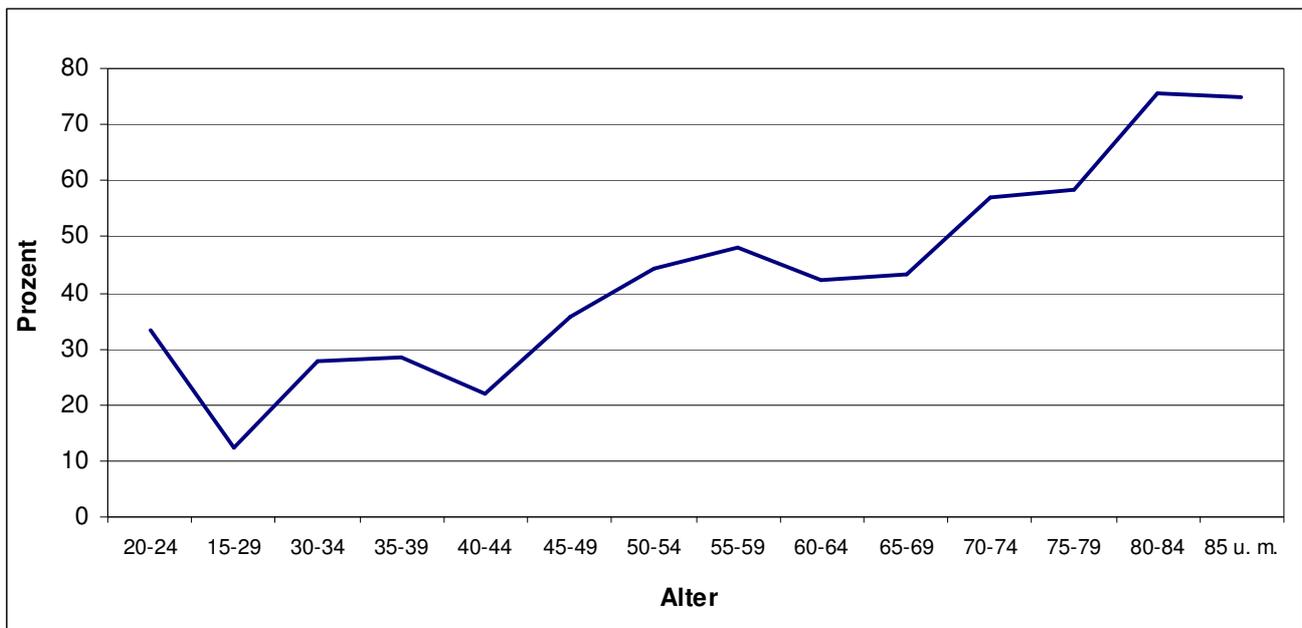


Abb. 5: Starke Funktionseinschränkung (Fbbh < 70) bei Patienten der rheumatologischen Schwerpunkt-Einrichtungen mit rheumatoider Arthritis (ICD-10: M05, M06) nach Altersgruppen, NRW 2003 (Datenquelle: lögd: Indikator 03_109_2003: Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin: Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren)

► **Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung durch rheumatoide Arthritis**

Im Jahr 2005 erhielten in NRW 14,2 Frauen und 6,5 Männer pro 100.000 GKV - Versicherte Leistungen zur Rehabilitation aufgrund rheumatoider Arthritis (Abb. 6). In der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen nehmen Frauen (35,6 Fälle pro 100.000 GKV-Versicherte) dreimal häufiger als Männer (14 Fälle pro 100.000 GKV-Versicherte) medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation in Anspruch. Am häufigsten werden die Leistungen in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen benötigt (19,3 Männer und 39,6 Frauen pro 100.000 GKV-Versicherte).

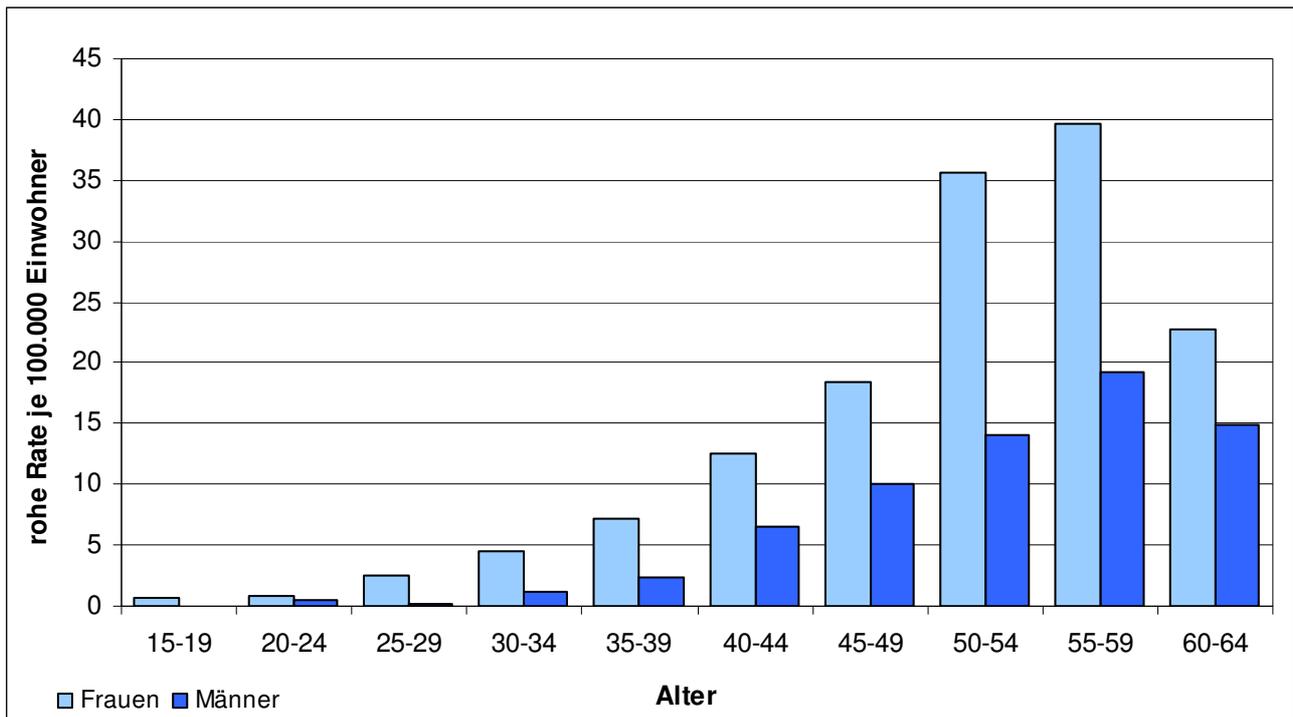


Abb. 6: Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation pro erkrankten GKV-Versicherten der Altersgruppe nach Geschlecht (ICD-10: M05, M06), NRW 2005
(Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund)

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit liegen nur für Versicherte der Betriebskrankenkasse (BKK) vor. Abbildung 7 zeigt den Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle und die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage pro erkranktem BKK-Versicherten der jeweiligen Altersgruppe für Männer und Frauen in NRW.

Im Jahre 2005 verzeichnete die BKK 95.000 Fälle von Arbeitsunfähigkeit je 100.000 Versicherte, die durchschnittliche Dauer betrug 12,6 Tage. Aufgrund chronischer Polyarthrits gab es im Jahr 2005 400 Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100.000 Versicherte. Die durchschnittliche Dauer je Fall war mit 28,4 Arbeitsunfähigkeitstagen mehr als doppelt so lang wie bei anderen Ursachen. Auffallend hoch ist die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen (23,4 Tage). Sie wird von einer kleinen Zahl Erkrankter mit besonders hoher Krankheitsdauer verursacht. Im Alter von 50 bis 54 Jahren steigt die durchschnittliche Dauer einer Arbeitsunfähigkeit wegen rheumatoider Arthritis auf 37,8 Tage.

Der höchste Anteil von Arbeitsunfähigkeit aufgrund rheumatoider Arthritis tritt im Alter von 55 bis 59 Jahren auf. In dieser Altersgruppe macht sich der Unterschied zwischen Männern und Frauen am deutlichsten bemerkbar. Der Rückgang der Arbeitsunfähigkeit ab dem 60. Lebensjahr ist darauf zurückzuführen, dass die schweren Fälle in diesem Alter bereits verrentet sind (Abb. 7).

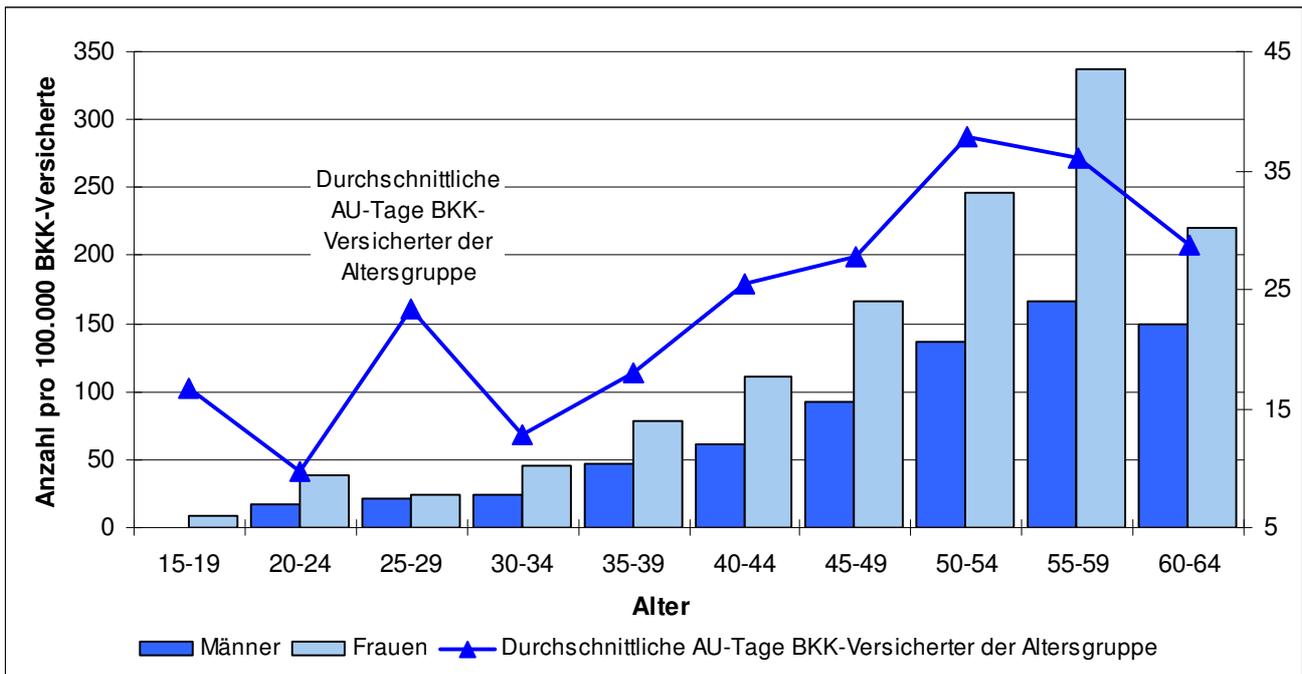


Abb. 7: Arbeitsunfähigkeitsfälle und durchschnittliche Länge der Arbeitsunfähigkeit wegen chronischer Polyarthritits (ICD-10: M05, M06) bei BKK-Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht, NRW 2005 (Datenquelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen)

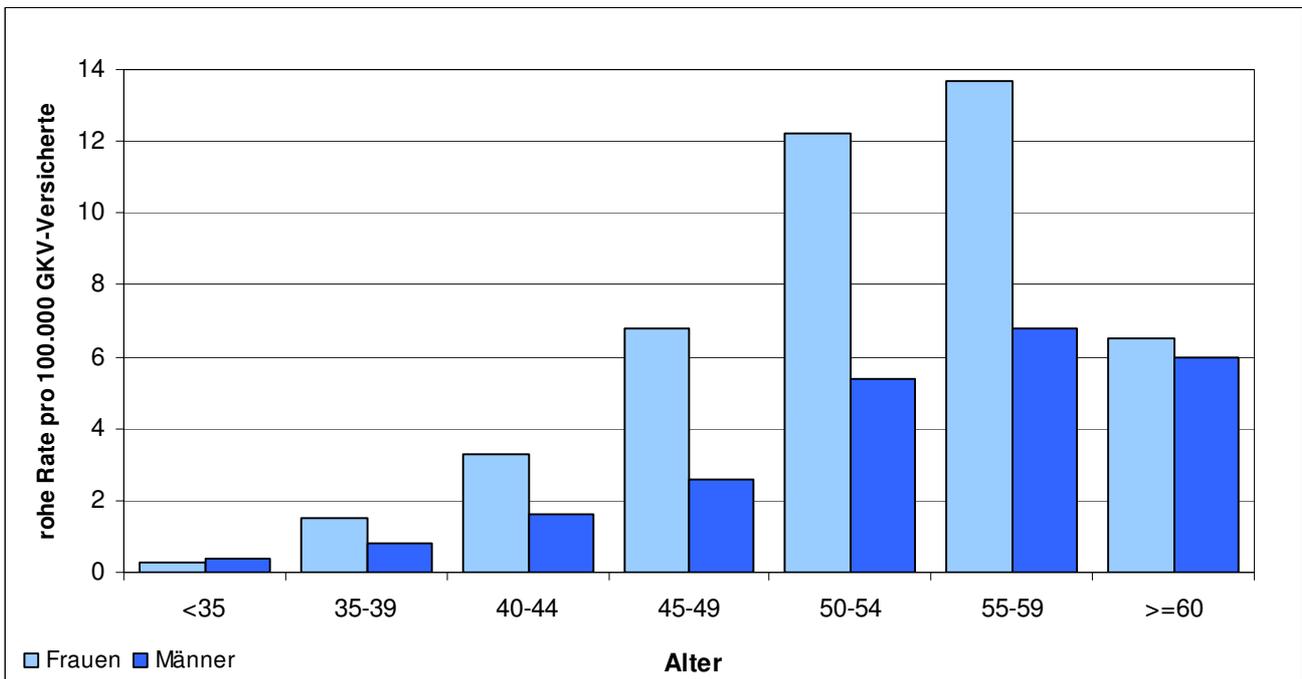


Abb. 8: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei GKV-Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (ICD-10: M05 und M06), NRW 2005 (Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund)

Im Jahre 2005 wurden 3,3 Fälle pro 100.000 GKV-Versicherte wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund rheumatoider Arthritis vorzeitig berentet. Auch hier sind Frauen (4,5 pro 100.000 GKV-Versicherte) fast doppelt so häufig wie Männer (2,2 pro 100.000 GKV-Versicherte) betroffen. Die meisten Fälle von Frühberentungen wurden 2005 in der Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen

Männer (6,8 Fälle pro 100.000 GKV-Versicherte) und Frauen (13,7 Fälle pro 100.000 GKV-Versicherte) festgestellt (Abb. 8). Diese Altersgruppe zeigt bei Auswertung der BKK-Daten auch die höchsten Anteile an Arbeitsunfähigkeitsfällen mit einer hohen Anzahl durchschnittlicher Arbeitsunfähigkeitstage (Abb. 7) und die stärkste Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation (Abb. 6).

► **Versorgung**

Als Therapieziel gilt bei rheumatoider Arthritis heute die Remission. Das heißt, die Erkrankung - und damit auch die Krankheitsfolgen - soll mit Hilfe von Medikamenten so gut wie möglich unterdrückt werden. Meistens kann das Fortschreiten der Krankheit medikamentös sehr gut verlangsamt werden. Um die Funktionalität der Gelenke zu erhalten, wird häufig Krankengymnastik angewandt, zur Schmerzlinderung wird neben Medikamenten physikalische Therapie eingesetzt.

Mit einer solchen Therapie sollte möglichst frühzeitig begonnen werden, um einen guten Erfolg erreichen zu können. In der Literatur wird diskutiert, dass an rheumatoider Arthritis erkrankte Patienten zu selten in die Behandlung von Rheumatologen gelangen und zu spät in eine rheumatologische Einrichtung überwiesen werden [2].

Zu dieser Aussage liegen keine regelmäßigen Statistiken vor. Eine Studie des Deutschen Rheumaforschungszentrums (DRFZ) aus dem Jahr 2006 zur Versorgungssituation von Rheumapatienten hat ergeben, dass

- 71 % der befragten Rheumapatienten in den letzten 12 Monaten einen Rheumatologen aufgesucht haben und
- 42 % von ihnen innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose von rheumatoider Arthritis zum Rheumatologen überwiesen wurden.

Somit erfolgt die Überweisung deutlich früher und häufiger, als vor 20 Jahren. Dennoch sind auch jetzt noch mehr als die Hälfte der an rheumatoider Arthritis-Erkrankten nie oder erst mehr als ein Jahr nach Diagnose an einen Rheumatologen überwiesen worden.

► **Weitere Informationen, Quellen**

- [1] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Gesundheitsberichte Spezial Kinder und Rheuma Band 3, Düsseldorf 2007
- [2] Newsletter Information für Patienten, Ärzte und Wissenschaftler, Kompetenznetz Rheuma, nQ2 2007 http://www.dgrh.de/fileadmin/media/Forschung/Newsletter/pdf/2._NL_2007.pdf

Für Rücksprachen:

Dr. Wolfgang Hellmeier

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) NRW

Dezernat Gesundheitsindikatoren und -daten

E-Mail: Wolfgang.Hellmeier@loegd.nrw.de

Tel. (05 21) 80 07 - 2 16

Stand: August 2007